

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N°

316

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Marcel SAULAY

Né le 16 Avril 1906, à LUNÉVILLE (Meurthe-et-Moselle)

**Contribution à l'étude
des accidents dystociques secondaires
à des applications de caustiques,
au niveau du col utérin**

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE MÉDECINE, 23

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Marcel SAULAY

Né le 16 Avril 1906, à LUNÉVILLE (Meurthe-et-Moselle)

**Contribution à l'étude
des accidents dystociques secondaires
à des applications de caustiques,
au niveau du col utérin**

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1937

I. — Professeurs

MM.

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN
 ABRAMI.
 CHEVASSU.
 ROUSSY.
 CHAMPY.
 TUFFINEAU
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL.

LA VASTINE

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

PIESSINGER
 Maur. VILLARET
 LOEPER.

Clinique médicale

CARNOT.
 Marcel LABBE.
 CLERC.

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

LEREBOLLET
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.

Clinique chirurgicale

CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.

Clinique ophtalmologique

Clinique urologique

LENORMANT
 TERRIEN.

Clinique d'accouchements

MARION.
 BRINDEAU.
 COUVELAIRE

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique cardiologie

JEANNIN.
 MOCQUOT
 OMBREDANNE
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL
 SERGENT.
 BEZANÇON.
 MATHIEU.
 LAUBRY.

Professeurs sans chaire

HOVELACQUE
 MULON.
 OLIVIER.
 VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BERNARD Henri Pathologie médicale.
 BERNARD Et... Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DCGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK-
 BRENTANO Pathologie chirurgicale.
 GAILLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.

MM.

DE GAUDART
 D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale
 LELONG Pathologie médicale.



MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{lle} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) .	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS...	Pathologie chirurgicale.
LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU- LEMAIRE ...	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR	
VALLERY-RADOT	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER ...	
HEITZ-BOYER ..	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	
VELTER	
ECALLE	
LE LORIER	} Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL ..	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé
LEDoux-LEBARD
PHILIBERT, agrégé
RUPPE
WEIL-HALLE

Education physique.
Radiologie clinique.
Microbiologie.
Stomatologie.
Puericulture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

**A LA MEMOIRE DE MON PERE
LE DOCTEUR SAULAY**

**A LA MEMOIRE DE MON ONCLE
LE DOCTEUR LABORIE**

Qui tous deux m'ont montré le che-
min.

A MA MERE

En témoignage de ma filiale affec-
tion.

A MA FEMME

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

*Professeur de Clinique d'Accouchements
à la Faculté de Médecine de Paris*

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

En témoignage de reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LE LORIER

*Professeur agrégé de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine*

En témoignage de notre gratitude
pour le bienveillant accueil qu'il
qu'il nous a toujours réservé.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FILHOULAUD

Professeur de Clinique obstétricale à l'Hôpital de Limoges

A MONSIEUR LE DOCTEUR DELOTTE

Chirurgien des Hôpitaux de Limoges

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAYMOND

*Professeur à l'Ecole de Médecine de Limoges
Chirurgien de l'Hôpital*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAZERT

Chirurgien des Hôpitaux de Limoges

Hommage respectueux et reconnaissant.

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE LIMOGES

Accidents dystociques secondaires à des applications de caustiques

INTRODUCTION

Ce modeste travail, concernant des accidents dystociques secondaires à des applications de caustiques, en vue du traitement des métrites cervicales chroniques, m'a été inspiré par la présentation d'une malade faite tout dernièrement par le Docteur LACÔME, ancien chef de clinique du Professeur COUVELAIRE, à l'amphithéâtre de la Maternité Baudelocque.

Il s'agissait d'une femme de 37 ans, ayant eu en 1914 et 1925 deux accouchements à peu près normaux, et qui était sur le point de subir sa troisième césarienne, pour une sténose irréductible du col utérin, consécutive à des applications caustiques (Filhos ou nitrate d'argent, la femme n'ayant pu préciser) faites en vue d'un traitement d'une cervicite chronique dont l'origine remontait à son premier accouchement.

Grâce à l'obligeance du Professeur COUVELAIRE et de ses chefs de clinique LEPAGE et COEN, il nous a été possible de faire des recherches dans les archives de la Maternité de Baudelocque et de retrouver 8 cas semblables — sténoses irréductibles après des traitements d'endocervicites par des caustiques, ayant né-

cessité des interventions d'urgence — pour sauver et la mère et l'enfant.

Nous allons nous efforcer de montrer que malgré tous les travaux écrits au sujet des avantages et de l'innocuité des caustiques, tels que le nitrate d'argent et surtout du caustique de Filhos dans le traitement de l'endocervicite aiguë ou chronique, il n'est pas rare (et nous avons été frappé par le nombre de cas de complications) de constater chez certaines femmes ainsi traitées et enceintes par la suite des accidents dystociques graves ayant nécessité des interventions d'urgence qui ne sont pas sans danger et pour la mère et pour l'enfant.

Il n'est pas d'affection plus tenace, plus fréquente que la métrite cervicale chronique, quelle que soit son origine, post-partum ou abortum, blennorragique ou traumatique, en gynécologie.

Nous avons été frappé, en effet, par le pourcentage (70 % environ) des femmes atteintes de métrite du col, aiguë ou chronique, qu'il nous a été permis d'examiner tant à l'Hôpital de Limoges qu'à la consultation de gynécologie de la Maternité de Port-Royal ou de Baudelocque.

Tous les traitements de la métrite cervicale, quelle qu'en soit la cause, qu'ils soient médicaux, chirurgicaux, physiologiques ou autres, ont eu de tous temps et leurs partisans et leurs détracteurs.

Parmi toutes ces méthodes, la plus ancienne et, à l'heure actuelle, la plus pratiquée, est, sans conteste, la cautérisation par les crayons de Filhos à base de chaux et de soude caustique.

Cette méthode plus que centenaire (notre compatriote DUPUYTREN ne l'a-t-il pas appliquée dès 1830 ?) a pour but essentiel la cautérisation et la mortification de la muqueuse endocervicale malade, avec mise à nu de glandes infectées, — la formation d'une escarre devant mettre une dizaine de jours à s'éliminer. La réparation de cette muqueuse ainsi cautérisée s'effectuera en tissus sains.

La technique de cette méthode a été minutieusement réglée et mise au point par le Docteur POUILLOT par ses articles (voir bibliographie) et par la remarquable thèse de son élève Annette MAURY-KARCHER (Thèse de Paris 1933).

L'éloge de cette méthode de cautérisation par le Philos ou même par le simple crayon de nitrate d'argent, si inoffensif en apparence, en dehors de nombreux travaux, articles et thèses, a été fait par J.-L. FAURE, SIREDEY, HARTMANN, DOUAY, FORGUE, dans leurs différents ouvrages.

Cette méthode n'a-t-elle pas des inconvénients ?

En dehors des indications formelles que nous exposerons, les cautérisations par les caustiques, malgré une technique et une expérience de plus de 40 ans, n'ont-elles pas de graves méfaits à leur actif ?

Nous passerons rapidement sur les complications les plus courantes, telles que les hémorragies primitives ou secondaires, de pronostic bénin, et sur les accidents plus sérieux d'ordre inflammatoire.

Nous nous attacherons à montrer les dangers, combien plus graves, des sténoses cervicales, consécutives

à de tels traitements, quelles sont les difficultés lors d'un accouchement et surtout quelles sont les conditions essentielles pour éviter de semblables complications dont les conséquences peuvent être redoutables.

CHAPITRE PREMIER

DES DYSTOCIES SECONDAIRES A DES APPLICATIONS DE CAUSTIQUES

Il nous a été possible, lors de notre stage à la Maternité Baudelocque, au début de l'année, de recueillir les observations suivantes, relatives à des sténoses irréductibles du col, consécutives à des applications de Philos en vue d'un traitement pour endocervicite chronique.

OBSERVATION I.

Mme R... C., 32 ans.

Mariée à 22 ans. Aucun antécédent obstétrical. Souffre depuis son mariage d'une endocervicite chronique: pertes abondantes, jaune verdâtre, fétides, douleurs hypogastriques et lombaires augmentant avec les périodes menstruelles.

A 25 ans, est opérée pour rétroversion, ligamentopexie, suivie d'un curettage. N'en ressent aucune amélioration, malgré un traitement médical dès lors institué. A 28 ans, les souffrances et les pertes continuant, va consulter un nouveau médecin qui conseille un traitement par cautérisation du col.

La malade subit, à 15 jours d'intervalle, deux cautérisations de caustique Philos, — suivies de chutes d'escarres. Grosse amélioration.

Première gestation : 29 ans. Avortement provoque 3 mois. Suites de couches normales.

Deuxième gestation : 30 ans. Nouvel avortement provoqué à 6 semaines, suivi de métrorragies abondantes pendant 5 semaines.

Troisième gestation : 31 ans. Accouchement long et difficile. Forceps. Extraction d'un très gros enfant mort. Suites de couches normales.

A la suite, les pertes reprennent, abondantes et férides. Le médecin, consulté conseille de nouvelles applications de Philos 4 à 10 jours d'intervalle. La guérison semble obtenue. Tombe à nouveau enceinte.

Quatrième gestation : La grossesse évolue normalement. Entre à la Maternité à terme. Après un travail pénible de 25 heures, aucune dilatation. On décide d'urgence une césarienne basse conservatrice. Extraction d'une fille vivante de 4.980 gr. Suites de couches absolument normales. Guérison et sortie au 20^e jour.

OBSERVATION II

Mme C.... M., 27 ans. III^e pare.

Première gestation. — Avortement à deux mois et demi. Cause : fatigue aux dires de la femme.

Deuxième gestation. — Normale. Accouchement simple et rapide à terme d'une fillette de 3.250 gr.

A la suite de la deuxième gestation, la femme fait une métrite cervicale. Pertes abondantes, tachant le

linge en jaune, avec brûlures au niveau du vagin. Amaigrissement compliqué de troubles dyspeptiques et psychiques marqués.

Traitée au Philos par son médecin habituel, qui lui fait pendant deux mois une cautérisation par semaine, puis durant trois mois une cautérisation tous les 15 jours, puis deux à un mois d'intervalle, soit 16 en tout. A la suite de ce traitement intensif, il semble que les pertes sont beaucoup moins abondantes, ne tachent plus le linge et les douleurs sont considérablement atténuées.

Troisième gestation. — 4 mois après la dernière cautérisation, la femme va consulter son médecin qui diagnostique une grossesse au début. Deuxième mois environ. La gestation évolue normalement et la femme entre en travail à terme 24 heures après la rupture de la poche des eaux, le 9 mars au matin. Toute la journée les contractions sont violentes et douloureuses, mais n'amènent aucune dilatation.

Le 10 mars, elle est envoyée à la clinique pour non dilatation du col.

A 12 h. 30, à son entrée, on constate au toucher que, malgré les contractions toujours douloureuses, le col étant effacé, la dilatation demeure punctiforme.

A 14 heures, même situation, l'enfant vit, les bruits du cœur à 130 sont réguliers.

A 16 heures, la dilatation est à 50 cent. mais l'orifice est toujours résistant et les contractions sont plus espacées.

A 18 heures, col œdématisé. Orifice externe rigide, laissant à peine admettre le doigt, orifice interne lentulaire.

A 18 h. 30, nouvelles contractions douloureuses plus fréquentes. Les bruits du cœur ne sont plus perçus. Le pouls est à 120, la température est de 38°9.

A 20 heures, une césarienne suivie d'hystérectomie est décidée. Enfant mort.

OBSERVATION III.

Mme R. C..., 28 ans.

Antécédents obstétricaux :

Première gestation normale à 22 ans.

Deuxième gestation à 26 ans. Avortement accidentel (?) au deuxième mois, suivi d'une légère infection. T. 38°5. Curettage.

Métrite consécutive traitée par vingt cautérisations au Philos à 10 jours d'intervalle. Guérison.

Troisième gestation normale, mais rupture prématurée des membranes deux jours avant tout début de travail. Après 24 heures de contractions utérines, la dilatation atteint à peine 2 francs. L'enfant meurt au cours du travail dans la nuit ; un chirurgien appelé pratique des incisions du col et fait l'extraction au forceps d'un gros enfant de 8 livres et demie de sexe féminin et pratique une délivrance artificielle. Les suites furent normales et la femme retombe enceinte l'année suivante.

En prévision des complications, la femme est envoyée à la Maternité de Baudelocque où elle est vue à terme. Rupture des membranes le 23 juillet à 17 heures.

Au toucher, lorsqu'on examine le museau de tan-

che, on note deux anneaux, un externe souple, irrégulier, en arrière duquel on perçoit un petit noyau cicatriciel qui semble se continuer avec une bride de consistance identique et de direction antéro-postérieure.

Au-dedans de cette première circonférence, le doigt rencontre, à deux centimètres au-dessus un deuxième anneau, celui-ci dur, irrégulier, donnant une « nette impression de sclérose ».

On surveille la dilatation, laquelle, après 15 heures de travail pénible, n'a pas dépassé 50 cent.

Le Professeur COUVELAIRE, consulté, propose une césarienne suivie d'hystérectomie.

Enfant de 3.750 gr. vivant. Suites opératoires normales.

OBSERVATION IV.

Mme R. B..., 38 ans. A eu trois gestations normales et à terme. A la suite de son dernier accouchement, pertes blanches, abondantes, douleurs lombaires exacerbées pendant les règles qui durent huit jours ; est traitée pour une cervicite chronique par huit applications de caustique Néofilhos. Guérison. L'année suivante, grossesse normale. Les dernières règles datent du 20 juillet. Entre les premiers jours du mois d'avril suivant à la clinique Baudelocque.

Le 16 avril, le sommet est mobile, tendant à se déplacer vers la fosse iliaque gauche. Une ceinture avec tampon à gauche est placée en vue de corriger ce déplacement anormal. L'examen et la mensuration du bassin ne dénotent rien de particulier.

Le 18 avril, la femme entre en travail ; au toucher, on constate que le col, à 16 h. 30, non entièrement effacé, se trouve anormalement situé à droite, et en haut, et donne issue, à ce moment, à une grande quantité de liquide amniotique fortement teinté en vert.

Les bruits du cœur sont bons, réguliers.

Le col laisse difficilement pénétrer le doigt, donnant la sensation de tissu assez résistant, cicatriciel dans toute son étendue. On note, d'autre part, en haut et à gauche, la présence d'un noyau cicatriciel, dur, de la grosseur d'une lentille.

Le lendemain matin, malgré une nuit de travail, avec des douleurs violentes bien rythmées, la dilatation à 1 franc persiste.

Une césarienne, suivie d'hystérectomie est décidée, les bruits du cœur ayant disparu.

Extraction d'un enfant de 4.300 gr., en état de mort apparente, ranimé après une demi-heure de soins. Suites opératoires favorables. Sortie au 24^e jour.

OBSERVATION V.

Mme B... L., 39 ans, quatre enfants.

Première gestation. — Accouchement spontané. Présentation du siège. Enfant de quatre livres et demie. Délivrance naturelle mais suivie d'écouvillonnage le lendemain.

Deuxième gestation. — A terme, accouchement spontané, suites de couches normales.

Troisième gestation. — Avortement provoqué de trois mois et demi en deux temps. Quatre mois après

cet avortement, la femme est obligée de consulter un médecin pour des pertes et des douleurs dans le bas-ventre. Un traitement médical : repos, ovules, injections est prescrit, qui n'amène en un mois aucune amélioration.

Le médecin conseille alors un traitement au Filhos et lui fait cinq applications à huit jours d'intervalle. La femme déclare qu'à partir de ce moment, elle ne perd plus et que les douleurs ont considérablement diminué.

Quatrième gestation. — Suivie à la consultation de la Maternité Baudelocque, elle est examinée plusieurs fois au cours de la grossesse qui évolue normalement.

Entre dans la salle de travail le 15 juillet.

A 11 heures, la femme a des douleurs depuis le matin.

A 15 heures, on perçoit au toucher un sommet très engagé, un col à peu près complètement effacé, mais on ne décèle aucun orifice. Le Docteur PORTES est prévenu. Il constate, lui aussi : la profondeur de l'engagement, — une position droite, — les bruits du cœur réguliers. Les contractions sont fréquentes, mais de courte durée et semblent peu efficaces.

Au toucher, il note que le sommet est recouvert par un segment inférieur extrêmement mince et étalé, permettant de percevoir très facilement tous les mouvements de la tête fœtale. On a les plus grandes difficultés à percevoir le col qui semble situé dans le cul-de-sac latéral gauche, très en arrière.

A 18 heures, un examen avec des valves permet de constater qu'il existe effectivement à gauche et en

arrière des mamelons irréguliers siégeant sur une zone de sclérose de 2 cm. de diamètre environ. A ce niveau, le col paraît d'ailleurs extrêmement mince. Partout ailleurs, le segment inférieur est souple et sans œdème.

Les bruits du cœur sont toujours bons.

A 23 heures 30. Les douleurs ont été tout l'après-midi assez vives et tendent à devenir subintrantes.

Au toucher, mêmes constatations ; cependant, le col est œdématié tout autour de la zone de sclérose.

La femme vomit, les bruits du cœur s'estompent et s'accélèrent.

0 heure 40. Une césarienne conservatrice est décidée. Extraction d'une fille de 3.500 gr., vivante. Suites opératoires normales.

OBSERVATION VI

Mme H. R., 38 ans. Primipare.

Métrite à 20 ans, traitée par cautérisations au Filhos, 20 cautérisations. Non suivie par la suite.

La guérison fut totale, plus de pertes, plus de douleurs entre les règles, mais celles-ci sont très douloureuses à la suite, semble-t-il, d'une hématométrie.

Mariée à 37 ans. Présente une grossesse normale bien supportée. Entre à la Maternité à terme, le 8 septembre.

A 5 heures, examinée à la salle de travail, on constate :

Au palper : Un sommet fixé : dos à gauche ; bruits du cœur perçus.

Au toucher : Col situé à un travers de doigt, au-dessous de la symphyse, non dévié latéralement. On constate une dilatation en cratère du col.

Orifice interne dur, scléreux, tranchant et lenticulaire, entouré par une zone molle qui est l'orifice externe, large, circulaire d'une dimension d'une pièce de 1 franc.

La poche des eaux est intacte.

Au spéculum : On constate l'orifice interne, lenticulaire, cerclé par une zone de sclérose blanchâtre, large d'environ 1/2 centimètre. De cet anneau, partent deux traînées de sclérose qui se perdent dans les culs-de-sac postérieurs.

Tout l'après-midi, les contractions utérines sont très douloureuses et rapprochées.

A 17 heures 30, aucun changement dans la dilatation ; les bruits du cœur sont rapides, la femme est épuisée. Une césarienne conservatrice est effectuée. Enfant de sexe féminin de 3.270 gr., vivant. Suites favorables.

OBSERVATION VII

Mme B. G., 22 ans.

Première grossesse à 19 ans normale, mais suivie d'une métrite cervicale chronique, pour laquelle elle est traitée par des cautérisations de Filhos.

Ces cautérisations n'auraient été faites que deux fois à huit jours d'intervalle. Il n'y a pas eu, à la suite, de dilatation artificielle du col.

Guérison. Tombe à nouveau enceinte.

A son entrée, au neuvième mois, à la Maternité, on constate : H. U. 30 cent. Tête mobile. Dos à gauche. Dilatation lenticulaire.

Le 8 août, à 11 heures 30. Sommet à la partie basse de l'excavation. Col complètement effacé. Dilatation lenticulaire. Membranes rompues.

A 18 heures 45. Malgré les contractions normales de rythme et d'intensité, la dilatation est à peine de 50 cent. Les bords du col sont rigides, inextensibles ; les bruits du cœur sont bons.

A 21 heures, la dilatation ne bouge pas. Tempér. 38°1. Bruits du cœur rapides.

En raison de l'arrêt de la dilatation, de l'élévation de la température, des signes de souffrance du fœtus, une césarienne d'urgence est décidée, qui permet l'extraction d'un enfant du sexe masculin vivant de 3.900 gr. Suites opératoires normales.

OBSERVATION VIII

Mme R. B., 37 ans.

A eu, en 1924, une première gestation normale, avec accouchement ayant provoqué une déchirure du col qui serait à l'origine d'une cervicité chronique. Enfant de 3.750 gr. Suites de couches normales.

18 mois après, deuxième accouchement d'une fille de 4.000 gr. avec déchirure incomplète du périnée.

Depuis son premier accouchement, la femme se plaint de pertes blanches et parfois séro-sanguinolentes, avec douleurs dans le bas-ventre, irradiant vers les lombes. Elle constatait une recrudescence des

douleurs et de la leucorrhée dans les deux ou trois jours qui précédaient ses époques.

Va consulter un médecin qui pose le diagnostic d'endocervite chronique et qui propose des cautérisations. Les cautérisations sont faites avec un crayon de nitrate d'argent ou de caustique Filhos (la femme n'a pu préciser), quatre à cinq fois, à plusieurs jours d'intervalle. Il semble qu'à la suite de ce traitement, la femme ait été très améliorée. Elle prétend n'avoir plus souffert ni eu de pertes.

Aux dires de la malade, le médecin, l'ayant revue quelque temps après, l'aurait mise en garde, toute dilatation du col lui paraissant désormais impossible.

Rien ne se passe jusqu'en 1930 où elle devient enceinte pour la troisième fois.

Entre à la Maternité le 19 août, à terme.

A son entrée, on constate, au toucher, que le col est réduit à un simple anneau et l'on pose le diagnostic d'amputation médicamenteuse du col.

Le 23 août, à 21 heures, apparaissent les premières douleurs qui durent sans interruption 30 heures sans amener aucune dilatation du col. Les douleurs s'arrêtent.

Le 29 août. Reprise des douleurs, violentes, bien rythmées, mais après 21 heures de travail, aucune dilatation du col n'est possible.

Dans la soirée, M. PORTES décide une césarienne basse. Garçon vivant, 3.900 gr. Délivrance immédiate, suivie de dilatations artificielles du col par bougies de Hégar. Suites opératoires normales. Sortie au vingtième jour avec son enfant.

En 1932, nouvelle grossesse. Entre à Beaudelocque le 14 janvier.

Le 31 janvier, premières douleurs à 14 heures.

A 19 heures, malgré la violence des contractions, aucune dilatation ; les membranes sont rompues.

A 23 heures, on décide une nouvelle césarienne. Fille de 2.750 gr. Suites absolument normales. Sortie au vingt-huitième jour.

En 1937, nouvelle et cinquième gestation.

Suivie à la consultation de Beaudelocque par Mme ANCHEL-BACH. Dernières règles du 8 au 12 mai ; gestation bien supportée ; procréateur différent. Entre, sur les conseils de Mme ANCHEL-BACH, à la clinique Beaudelocque le 10 février, dix jours avant la date prévue de son terme.

Le 10 février, à 7 heures, entre en travail. Dos à gauche. Sommet fixé. Bruits du cœur normaux. Toute la nuit suivante, les douleurs sont intenses.

A 10 heures, le lendemain, le col est annulaire, scléreux, l'orifice est punctiforme.

Une césarienne est encore décidée, suivie, enfin, d'une stérilisation par ligature et section des trompes. Fille de 3.370 gr. Suites normales.

Cette observation de trois césariennes consécutives nous a paru intéressante, car elle démontre, dans ce cas, l'irréductibilité de la sténose du col après les cautérisations.

Ces précédentes observations ont été recueillies dans les dossiers de la Maternité Baudelocque. Elles s'étagent sur une dizaine d'années et ne concernent strictement que les césariennes faites d'urgence de-

vant l'impossibilité de dilatation du col, chez des femmes atteintes de cervicite chronique et traitées par des cautérisations au crayon de Filhos.

Les observations concernant de telles dystocies ne sont pas rares dans la littérature.

Le 9 juillet 1928, BRINDEAU et DEVÉ, dans le *Bul. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, rapportent un cas de « sténose cervicale après emploi de caustique de Filhos, grossesse césarienne » (deux applications à 10 jours d'intervalle).

VERMELIN rapporte un cas très intéressant de « Nécrose cervicale et atrésie cicatricielle consécutive à l'emploi de caustiques de Filhos » (3 cautérisations à 2 jours d'intervalle). *Bul. de la Soc. d'Obst.*, janvier 1931.

BAUX (de Perpignan) : « Un cas de césarienne basse pour atrésie du col consécutive à des applications de Filhos ». *Bul. de la Soc. d'Obst.*, octobre 1932.

VAYSSIÈRE, dans le *Bul. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, en février 1933, a présenté « 2 cas de dystocie cervicale après applications du Filhos ».

SESINI et EZES ont dû faire la césarienne pour une « atrésie après cautérisations au Filhos et la dilatation rétrograde du col ».

PERY a pratiqué chez une malade ayant subi 2 applications de Filhos une césarienne suivie d'hystérectomie.

FAUGÈRE rapporte un cas analogue.

NARD (de Libourne) a fait deux hystérectomies pour 3 sténoses cicatricielles.

DEVRAIGNE rapporte 2 cas de césarienne.

GROSSE rapporte deux observations, l'une des malades avait subi une dizaine de cautérisations cervicales. La grossesse se termine par une césarienne suivie d'hystérectomie.

CATHALA rapporte un cas analogue d'hystérectomie consécutive à 4 cautérisations cervicales au Filhos.

Les observations concernant la lenteur de la dilatation par suite de la rigidité du col, l'obligation d'appliquer des forceps parfois difficiles, la nécessité d'effectuer de grandes incisions du col, des cas d'hématométrie (HARTMANN, sous le titre : « Méfaits du Filhos » en rapporte un typique) par suite d'atrésie, sont également très nombreuses.

CHAPITRE II

TECHNIQUE DU FILHOS

La cautérisation du col au caustique de Filhos constitue cependant un moyen très efficace de traitement de la métrite cervicale chronique. Tous les gynécologues sont d'accord sur ce point.

Mais les dangers de la sténose consécutive sont souvent invoqués contre ce mode de traitement, tant en ce qui concerne l'écoulement du sang menstruel qui peut être rendu difficile et même impossible, qu'en ce qui concerne les difficultés ou l'impossibilité de la dilatation du col au cours de l'accouchement.

Nous avons montré que ces dangers ne sont pas illusoires.

Ces incidents ne sont-ils pas dus à un défaut de technique? Nous ne sommes pas loin de présumer que la plus grande majorité de ces accidents résulte, en effet, d'une application défectueuse ou d'un traitement consécutif insuffisant.

Nous ne pensons pas, en effet, que l'application du Filhos d'un emploi si répandu, puisse entraîner, entre des mains expérimentées, de telles catastrophes.

On fait, trop souvent, supporter à cette méthode des désastres qui, en réalité, n'incombent qu'à un opé-

rateur trop audacieux ou trop inexpérimenté parce qu'occasionnel.

Quelle est donc la technique la plus efficace ? Quelles sont les indications et les contre-indications de ces cautérisations ?

Le Filhos, et c'est son indication essentielle, doit être appliqué exclusivement dans l'endocervicite inflammatoire chronique, quelle que soit son origine : blennorragique, puerpérale ou mixte.

Les cols justiciables de ces cautérisations sont :

1° Les gros cols de multipares, à lèvres hypertrophiées, avec ectropion de la muqueuse épaissie, cramoisie, avec orifice béant, déchiré, laissant sourdre de grosses glaires filantes, blanc verdâtres.

2° Les cols de multipares, en forme de barillet, à orifice étroit bordé d'un liseré rouge vif et duquel s'échappent des flocons muco-purulents.

Laissons de côté l'adénome diffus du col, simulant parfois l'endocervicite, qui ne doit être touché par le Filhos qu'avec grande réserve, à cause de sa dégénérescence néo-plasique. L'amputation du col est alors nécessaire.

Les contre-indications comprennent :

1° Les réactions inflammatoires, annexites, péri-métrites.

Le traitement sera différé dans ces cas jusqu'à complet refroidissement des lésions. Il faudra préparer la malade à la cautérisation soit par un traitement médical antiseptique ou par une vaccination telle que la méthode de BASSET et SONICLOUX, basée sur la théorie de BESREDKA.

2° Tout début de grossesse, l'utérus hypertrophié, très vascularisé, étant en état de moindre résistance et de plus, la réaction utérine à la cautérisation pouvant provoquer l'avortement.

3° Les cols de multiplares, restant gros, congestionnés après l'accouchement, ne sont pas susceptibles de telles cautérisations, ces cols en pleine subévolution aseptique ne demandent que le repos.

De nombreux ouvrages ont donné les descriptions de la technique de l'application du Filhos.

Les méthodes les plus répandues sont celles employées actuellement à l'ancienne consultation du Docteur SIREDAY, à Saint-Antoine et à Broca, à la consultation de gynécologie du Docteur DOUAY, dans les services du Professeur J.-L. FAURE. Celle qui semble la plus au point, basée sur un champ d'expériences de plusieurs milliers de malades est à l'heure actuelle la méthode du Docteur POUILLOT, chargé de la consultation de gynécologie dans le service du Professeur LE LORIER, à la Maternité de Port-Royal.

L'instrumentation est simple : Un spéculum, une pince de Museux, deux pinces à pansement, des portecotons filetés. Le Professeur LE LORIER recommande d'avoir à sa portée, soit un flacon d'acide acétique à 10 %, soit d'acide lactique à 10 % (nous verrons pourquoi).

La femme est mise en position gynécologique sur la table d'examen, après lui avoir bien fait préciser la date de ses dernières règles, se rappelant que la période la plus favorable et la moins dangereuse est 3 à 8 jours après les règles.

La question des soins pré-opératoires prête à discussion.

GUILLEMIN préconise la dilatation préalable aux bougies de Hégar. POUILLOT se refuse à cette opération qu'il juge inutile.

Faut-il donner une injection ?

« Elle est de rigueur », dit RICHELLOT.

SIREDEY écrit : « Le col étant bien découvert au moyen du spéculum, lavé et aseptisé selon les règles ».

GUILLEMAIN : « Après une injection d'eau bouillie et l'application du spéculum » (Thèse de Paris, 1920).

KLEIN (thèse de Paris 1929) : « Après une injection d'eau bouillie, la femme est placée en position gynécologique ».

POUILLOT est hostile à l'injection préalable, elle est nuisible, dit-il, l'opération devant se pratiquer en « milieu rigoureusement sec » pour supprimer les risques de diffusions du caustique.

La méthode de POUILLOT, à Port-Royal, consiste, avant la cautérisation, à passer un tampon de coton sec pour assécher le col et le vagin.

Une bonne pratique consiste à vider le col des glaires qu'il peut contenir, par l'expression à l'aide des valves du spéculum, et par le nettoyage de sa cavité avec un porte-coton monté imbibé d'alcool à 90°.

A l'exemple de RICHELLOT, Mlle CORDIER, MM. KLEIN, GUILLEMIN, DOUAY, DUTHEIL (Thèse de Paris 1933), recommandent de garnir convenablement le cul-de-sac postérieur, à l'aide d'un tampon de coton hydrophile imbibé d'une solution d'acide acétique à 10 %, pour

le préserver contre un suintement toujours possible ou une chute maladroite du crayon caustique.

« On ne devra s'affranchir de cette pratique que si l'on a une grande expérience des cautérisations et que si l'on est absolument sûr de sa technique. » (A. MAURY-KARCHER).

On saisit ensuite à l'aide d'une pince le crayon de Filhos débarrassé de la feuille de gutta qui le recouvre, au niveau du méplatque présente son armature. Après s'être assuré du bon état du crayon, s'il n'y a pas de fissures et surtout, lorsqu'il est usagé, qu'il n'existe aucun risque de s'en détacher des fragments susceptibles de séjourner dans la cavité cervicale et d'y causer par ses brûlures des dégâts souvent irréparables, le col étant amarré solidement par une pince de Museux, la cautérisation commence :

La cautérisation avec le caustique ne doit pas consister en un simple attouchement superficiel. La production d'une escarre devant être le but poursuivi, il est nécessaire que le crayon soit maintenu au contact de la muqueuse suffisamment longtemps pour qu'elle se produise.

Doit-on commencer par la muqueuse cervicale ou doit-on attaquer tout d'abord les ulcérations du museau de tanche et l'ectropion formant souvent hernie hors de l'orifice externe ?

Mlle CORDIER, MM. KLEIN, GUILLEMIN en sont partisans.

Le Docteur POUILLOT, jugeant que le maximum de risques de rétractions cicatricielles siège au niveau de l'orifice externe (Annette MAURY-KARCHER) est hostile

à cette façon d'opérer, elle est inutile et dangereuse.

On introduira donc le crayon franchement à l'intérieur du canal cervical, en évitant de forcer et ayant soin d'accompagner la pénétration par un mouvement de vrille doux et sans violence, s'efforçant d'atteindre l'isthme dès cette première cautérisation.

Le point le plus délicat de la technique est atteint.

Quelle est la durée de la cautérisation ?

RICHELET disait : « Je ne cautérise pas montre en main, je cautérise en regardant et je m'arrête quand l'escarre est faite. »

Il n'y a donc pas de règle fixe, la cautérisation peut demander 5, 10, 15 ou 20 secondes, elle n'est qu'une question de tissu, la durée dépend avant tout de l'état de la muqueuse.

Quand celle-ci est friable, congestionnée, l'escarre se produit en quelque sorte instantanément ; au contraire, lorsqu'elle est très infiltrée, l'application doit être plus prolongée.

Mlle CORDIER et M. KLEIN fixent la durée à 10 secondes, suivant les conseils du Docteur DOUAY.

Si la muqueuse reste rosée ou rougeâtre, la cautérisation n'est pas finie, l'escarre n'est pas faite. On ne s'arrêtera que lorsque la région cautérisée sera devenue noirâtre.

Il est nécessaire pour arriver à un résultat satisfaisant d'emblée, d'acquérir un véritable tour de main. Savoir rester à égale distance d'une cautérisation timide, irrégulière, incomplète, facteur de récédive, et d'une cautérisation trop profonde, facteur de sténose.

Pendant et après l'application du caustique, on doit, à l'aide de compresses ou de petits morceaux de coton imbibé d'acide acétique à 10 % (préconisé par le Professeur LE LORIER) tamponner le vagin pour neutraliser les coulées qui peuvent se produire au cours de l'opération.

L'escarre étant obtenue, le rôle de l'opérateur est-il terminé ?

Le Docteur POUILLOT insiste sur les soins post-opératoires, il y attache une importance prépondérante.

RICHELOT terminait toujours ses cautérisations par un lavage.

SIREDEY et GUILLEMIN, jugeant ce lavage inutile, l'ont supprimé et se contentent d'essuyer l'intérieur de la cavité cervicale avec des tampons de coton hydrophile pour enlever l'excès de la bouillie sanguinolente et caustique.

CABAILLE place devant le col un simple pansement à la glycérine ichtyolée.

A Saint-Lazare, la règle est de badigeonner tout le col au mercuro-chrome à 2 % et de laisser au contact du col un tampon également imbibé de mercuro-chrome.

Peut-on croire qu'il est possible de limiter la pénétration du caustique par de telles manœuvres ? Certes non...

Le Docteur POUILLOT, à Port-Royal, pratique, dès que le crayon a fait son œuvre, un badigeonnage des surfaces cautérisées à l'acide acétique dans le but de transformer en acétates inertes la chaux et la potasse résiduelles.

Le lavage succède, en dirigeant le jet vers la cavité cervicale sous une pression suffisamment forte. Le vagin est asséché et un pansement sec est fait.

Il nous reste à préciser le nombre de cautérisations.

On ne doit jamais faire une nouvelle cautérisation avant que l'escarre formée par la précédente soit tombée et cela demande entre 7 à 10 jours.

« Le rythme des cautérisations, écrit An. MAURY-KARCHER, a un rôle primordial au point de vue non seulement de l'efficacité du traitement, mais des possibilités de réaction inflammatoires dont le caustique est tenu pour responsable. »

Le Docteur DOUAY ne se contente pas de la chute de l'escarre pour faire sa deuxième cautérisation, il attend trois semaines afin d'avoir la certitude que les surfaces cautérisées par la première soient réparées.

RICHELOT père, à qui nous devons la première technique d'applications du Filhos ne dit-il pas :

« Il faut plusieurs jours pour que l'escarre se détache et il est bon qu'elle soit détachée avant d'exercer une action nouvelle. »

Mais l'expérience lui a donné tort lorsqu'il ajoute :
« Le nombre des cautérisations passe de dix à douze dans les cas rebelles. »

En effet, tous les gynécologues qui ont une expérience personnelle de la méthode ont réduit considérablement le nombre des cautérisations.

Dans sa thèse de 1920, GUILLEMIN donne comme chiffre moyen 4 à 5 cautérisations et 8 comme maximum à ne pas dépasser.

Le Docteur DOUAY, d'après la thèse de Mlle COR-

DIER, ne fait que 3 cautérisations espacées d'au moins 3 semaines pour attendre la réparation des surfaces cautérisées.

BASTIEN (thèse de Paris 1928) ne dépasse pas également 3 à 4 cautérisations.

KLEIN (thèse de Paris 1929) indique le chiffre 8 comme maximum à ne pas dépasser, et espace les cautérisations à 10 jours d'intervalle.

Cependant, dans un article sur le « Traitement des métrites », paru au mois de janvier 1932, le Docteur DAVID dit: « Les cautérisations sont répétées deux fois par semaine en moyenne et au bout de deux à trois semaines, la muqueuse cervicale est entièrement détruite ; il ne reste plus qu'à laisser la réparation s'effectuer spontanément... trois à quatre semaines après, les médecins qui n'ont pas l'habitude de la méthode seront stupéfaits du résultat obtenu ».

Nous voyons donc à quel point les opinions divergent sur le rythme des cautérisations et le nombre de celles-ci.

Le Docteur POUILLON, se basant sur sa longue pratique de la méthode, enseigne que l'efficacité des cautérisations par le Filhos est considérablement accrue si l'on a soin d'espacer largement les applications. Ainsi, la deuxième cautérisation est parfois inutile en attendant un mois, avant de tenter la seconde, s'il s'agit d'une métrite légère.

L'escarre formée par la cautérisation tombe vers le huitième jour. Après une période de 3 ou 4 jours où la femme ressent quelques douleurs dans la région lombaire et des tiraillements dans le bas-ventre, ac-

compagnés de pertes légèrement sanglantes et fétides.

La période de réparation s'installe et dure de 3 à 6 semaines ; il est bon de suivre la malade tous les 8 jours pendant cette période pour surveiller la réparation des surfaces cautérisées et les badigeonner au mercuro-chrome à 20 %.

Quelles prescriptions faudra-il faire aux malades dans l'intervalle des cautérisations ?

GUILLEMIN n'exige qu'un repos de 4 jours.

KLEIN ne prescrit le repos absolu que le jour de la cautérisation si les annexes n'ont pas été touchées.

CABAILLES écrit : « La femme pourra rentrer chez elle en voiture, mais pour garder le repos absolu au lit. »

A Saint-Lazare, DUTHEIL recommandait un repos de 24 heures au lit, avec application de glace, s'il y avait doute sur les annexes.

Le Docteur POUILLOT pratique les cautérisations en fin de journée aux malades en ville et recommande aux malades d'hôpital d'éviter de se livrer à des travaux trop fatigants le jour-même de la cautérisation.

Que faire en vue de prévenir l'atrésie du col ?

GUILLEMIN revoyait ses malades tous les 10 jours et après un badigeonnage à la teinture d'iode, cathétérisait le col avec des bougies de Hégar du N° 2 au N° 5.

Le Docteur POUILLOT convoque ses malades tous les 10 jours également, et s'il constate une tendance à l'agglutination du col, il conseille de faire suivre le pansement au chlorure de zinc à 1/10 d'un cathétérisme aux bougies de Hégar N° 2 au N° 6.

Le traitement terminé et la guérison obtenue, faut-il revoir la malade ?

Oui, si l'on veut être sûr d'éviter les accidents secondaires et là, il nous semble, est le gros écueil de la méthode.

Il n'est pas possible de prévoir l'intégrité absolue du col après des cautérisations si l'on n'a pas revu la femme quelques semaines après la guérison.

On doit s'assurer à l'aide de bougies de Hégar que la perméabilité du col est parfaite et en cas de tendance à la sténose, il est nécessaire de dilater et de masser le canal cervical et particulièrement l'orifice externe. Les séances de dilatation devant être répétées jusqu'à ce que le résultat obtenu soit satisfaisant et se maintienne si l'on veut se mettre à l'abri de complications dystociques lors de l'accouchement.

Dans nos observations, le nombre des cautérisations faites varie de 2 à 20.

La guérison de la métrite, dans tous les cas, a été obtenue, mais toutes ces guérisons, suivies d'une grossesse, se sont heurtées à une sténose irréductible du col, soit parce que la cautérisation a été trop poussée, soit et surtout parce que la femme n'a pas été suivie après.

CHAPITRE III

DES AVANTAGES DU TRAITEMENT DES ENDOCERVICITES PAR LA HAUTE FREQUENCE

Existe-t-il un traitement efficace et absolument inoffensif de l'endocervicite chronique ?

Les applications de caustique de Filhos, malgré tous les témoignages sur son efficacité, malgré les statistiques cependant si éloquentes du Docteur POUILLOT, ne peuvent être faites que par un opérateur réellement expérimenté. Un véritable tour de main est, en effet, nécessaire et les accidents dystociques au moment de l'accouchement peuvent être d'une extrême gravité si des précautions minutieuses n'ont pas été prises.

Le plus difficile, est, assurément, de limiter après l'application du crayon, l'action du caustique.

Il est illusoire, en effet, d'espérer que les tamponnements préconisés en vue d'enlever l'excès de bouillie caustique soient efficaces ; cet excès de bouillie caustique dont l'action une fois commencée se poursuivra, en attaquant la musculature, en dehors de tout contrôle.

Les courants de haute fréquence, sous leurs 3 for-

mes d'*étincelage*, d'*électro-coagulation* et d'*effluvage*, appliqués depuis quelques années avec une vogue toujours croissante, en urologie, semblent avoir résolu le problème de la guérison inoffensive dans le traitement des endocervicites chroniques.

Déjà BORDIER et OUDIN avaient, dès 1910, publié d'heureux résultats à l'actif de cette méthode.

Les effets histologiques sur les cervicites chroniques ont été décrits par PEROT et TILMANT, CHAUSSON et CASALTA. (« Etude des effets anatomiques de la diathermie dans le traitement des métrites cervicales chroniques », *Gyn. et Obst.* 1934).

Ces derniers notent le retour du col à la normale, sans métrite résiduelle et sans infiltration.

CASALTA dit : « Depuis 4 ans que nous étudions les effets de la diathermo-coagulation, très rapidement nous avons pu nous convaincre de la grande efficacité de la méthode. »

BRUET (*Obst. et Gynéc.* 1934) dit également : « L'électro-coagulation du col a fait désormais les preuves non seulement de ses avantages, mais aussi de son inocuité. Nous n'avons pas, en effet, à déplorer le moindre incident, et nous n'avons qu'à nous louer des résultats qu'elle nous a donnés. »

1. — Les indications nettement posées par les Docteurs FLANDRIN et SCHILL comprennent uniquement les métrites intéressant la portion vaginale du col, dans leurs deux variétés, métrites endocervicales pures et métrites totales s'étendant au delà du canal sur le museau de tanche.

Cette méthode donne de bons résultats sur de gros

cols mous, violacés, suintants, très congestionnés avec ectropion de la muqueuse à travers un orifice béant et toujours irrégulier.

L'action hémostatique des courants de haute fréquence trouvera, comme l'ont montrée SHILL et FLANDRIN dans les formes hémorragiques, les mêmes indications qu'en urologie pour les néoplasmes infiltrés de la vessie.

Les soins préparatoires seront évidemment les mêmes qu'avant une application de caustique, désinfection soigneuse du vagin par une couche de teinture d'iode.

2. — La technique.

Les appareils les plus pratiques sont les appareils à éclateur : ils doivent être préférés à tous les autres et sont suffisants pour les coagulations courantes en gynécologie.

Les appareils comme ceux d'HEITZ-BOYER, de GAIFFE et de DRAPIER ont considérablement simplifié la technique.

La souplesse, la facilité de maniement de ces appareils font que les applications de courant de haute fréquence sont maintenant à la portée de tous. Point n'est besoin, à l'heure actuelle, des dispositifs compliqués, coûteux, nécessitant des connaissances électriques étendues.

Des partisans convaincus de la méthode se sont révélés en Amérique tels que : KELLY, CHAPMANN, WALTER, O'CONNOR ; en Angleterre, tels que : WHITE, ROBINSON ; en France : P. FLANDRIN, DAUSSET, MARCEL, BENDER, ROUCAYROL, pour ne citer que les plus con-

nus, ont également vanté les bons effets de la méthode.

On peut utiliser à volonté les courants de haute fréquence sous les 3 formes suivantes :

Haute fréquence bi-polaire ;

L'étincelage, qui utilise une action de voltage ;

L'électro-coagulation, qui utilise une action d'intensité et carbonisation ;

Haute fréquence uni-polaire : Effluviation qui agit par la chaleur développée par le dégagement d'ozone et par l'action mécanique des étincelles. Cette méthode utilise des électrodes spéciales en verre de Mac-Intyre, facilement trouvées dans le commerce.

L'étincelage paraît indiqué chaque fois qu'il ne sera pas nécessaire de modeler un col très déformé et d'agir en profondeur. Elle sera réservée aux ulcérations peu étendues, mais tenaces et récidivantes, même si un ectropion léger avec une exsudation muco-purulente est visible au niveau de l'orifice externe.

L'électrode sera maintenue à une courte distance de la lésion et l'on pratiquera des séances hebdomadaires ou bi-hebdomadaires.

Dans l'électro-coagulation, FLANDRIN utilise comme électrode active la sonde à diathermie vésicale de Legueu.

Cette électrode très simple donne les meilleurs résultats. Elle est placée au contact de l'ulcération métritique et cervicale et peut être introduite avec la plus grande facilité, sans danger, plus ou moins profondément, à l'intérieur du canal cervical malade. Les séances seront courtes, faites de touches assez rapprochées les unes des autres.

Un léger pansement picriqué ou à la glycérine ichtyolée sera placé devant le col jusqu'au lendemain,

3 à 6 séances seront habituellement suffisantes ; une tous les huit ou quinze jours selon l'intensité des lésions.

Les résultats seront toujours très beaux : les cols déformés se régularisent, reprennent leur forme et leur contour normal. Les ulcérations disparaissent progressivement, l'épidermisation débutant sur les lèvres de l'orifice cervical pour gagner excentriquement la surface exulcérée.

Les signes fonctionnels, en particulier, la leucorrhée et les signes généraux subissent une amélioration profonde.

Le col reste souple au toucher, le canal cervical est bien perméable et il n'existe aucune tendance à la sclérose et au rétrécissement.

L'effluation, pour P. FLANDRIN, ne constitue qu'une méthode complémentaire pour prolonger à moins de frais l'action de l'électrocoagulation ou de l'étincelage. Son action locale consiste en une augmentation considérable de l'exsudation muqueuse et muco-purulente, assez comparable à celle qu'aurait pu déterminer une ventouse de Bier, appliquée étroitement sur le museau de tanche.

Une malade du Docteur FLANDRIN, soignée à 37 ans, pour une grosse métrite ulcéreuse du col, a parfaitement guéri par l'étincelage en 6 séances, à raison d'une séance hebdomadaire.

Cette femme qui n'avait pas eu d'enfant, tomba enceinte. L'accouchement fut effectué par le Docteur

POWILEWICZ, et sans aucun ennui du côté du col, malgré toutes les craintes que l'on pouvait avoir en raison de son âge, ce qui nous confirme dans l'idée que ce mode de traitement des métrites du col ne laisse aucune sclérose génératrice de dystocie.

CONCLUSIONS

I. — L'application de caustique de Filhos, d'un usage si courant, constitue certainement un traitement très efficace des métrites du col. Nous avons montré que les dangers consécutifs à de telles applications ne sont pas illusoires.

Tout en reconnaissant ses qualités remarquables, il est, en effet, patent que des accidents graves sont toujours possibles à la suite de telles cautérisations.

Ne signalant que pour mémoire, les complications hémorragiques survenant les huit premiers jours de de la cautérisation, ou au moment de la chute de l'escarre, peu graves et facilement guéries avec un tamponnement vaginal, les infections variant de la simple réaction douloureuse avec légère hyperthermie à la grande crise de salpingite suppurée et la pelvi-péritonite aiguë, les accidents dystociques dus aux sténoses irréductibles du col constituent la complication la plus redoutable des applications de caustiques de Filhos.

Les sténoses relèvent de trois causes principales qu'il est parfois, malgré toutes les précautions prises, bien difficile d'éviter :

1° Les cautérisations ont été trop profondes ou trop souvent répétées et on détruit les éléments rétractiles ;

2° La malade ne s'est pas soumise à la surveillance médicale post-opératoire indispensable et le médecin n'a pu pratiquer la dilatation cervicale de rigueur parce que dans la plupart des cas la femme guérie de son infirmité n'a jamais jugé utile de se faire revoir par son médecin traitant ;

3° La qualité des tissus ainsi cautérisés joue dans la majorité des cas un rôle primordial... Or, il n'existe pour l'opérateur aucun moyen d'appréciation.

Ainsi s'explique que même entre des mains très expertes les cautérisations par le caustique de Filhos peuvent entraîner des complications graves telles que des sténoses irréductibles du col se terminant presque fatalement par une intervention toujours urgente et grave.

II. — Par contre, les applications de haute fréquence, dans le traitement des endocervicites, constituent une méthode facile, peu douloureuse, bénigne immédiatement et dans ses suites opératoires.

Des 3 formes : *électro-coagulation*, *étincelage*, *effluation*, l'étincelage est à préférer. L'électro-coagulation ayant, en effet, pour but la formation d'une escarre par une action électrique d'intensité puissante entraînant la carbonisation des tissus, est combattue par de nombreux auteurs qui la considèrent comme un Filhos en miniature.

Mais cette action est cependant facile à doser ; l'électro-coagulation semble donc constituer une méthode supérieure à l'application brutale de caustique, qui tout en guérissant les mêmes lésions, peut dépasser parfois le but que l'on s'était proposé.

Nombreux sont les cols métritiques qui auraient paru justiciables à juste titre du Filhos ou même de l'amputation ont été guéris et asséchés par cette méthode sans que la crainte d'avoir pu altérer leur souplesse, leur forme et la perméabilité de l'orifice externe et du canal cervical ait pu être envisagée.

La méthode par la haute fréquence constitue la méthode ambulatoire par excellence. Beaucoup plus rapide dans ses résultats, elle paraît devoir assurer aux femmes ainsi traitées une meilleure sécurité pour l'avenir.

Vu :

**LE DOYEN,
ROUSSY.**

Vu :

**LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
COUVELAIRE.**

Vu et permis d'imprimer :

**LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.**

BIBLIOGRAPHIE

- BASTIEN M.-G. — Diathermie et Filhos dans le traitement de la métrite blennorragique (*Thèse de Paris*, 1928).
- BASSET et PONICLOUX. — Sur une nouvelle méthode de traitement des infections utérines... Métrites du col. (*Gynécologie*, juillet 1927, page 419).
- BAUX. — Un cas de césarienne basse pour atrésie du col. (*Société d'Obstét.*, Oct. 1932).
- BENDER. — La haute fréquence en gynécologie (Paris 1933). — La diathermie en gynécologie, 1^{er} Congrès de Gynécologie (Paris, octobre 1932).
- BIZARD et RABUT. — Cryothérapie utérine (*La Médecine*, avril 1923).
- BRINDEAU et DEVE. — Sténose cervicale après emploi de caustique de Filhos. Grossesse ultérieure. Césarienne (*Société Obst. Gyn.*, Paris 9 juillet 1928).
- CABAILLE. — Les étapes du traitement de la métrite cervicale chronique (*Thèse de Paris*, 1931).
- CAMELOT. — Atrésie du col par cautérisation au Filhos, hématométrie (*Journ. Soc. Méd.*, Lille 17 août 1927).
- CATHELIN. — Diverses conceptions dans le traitement des métrites chroniques (*Monde Médical* n° 518, 15 décembre 1920).

- CLÉNET. — A propos d'un cas de sténose artificielle du col consécutive à une cautérisation intempestive et maladroite du Néophilos (*Echo Médical du Nord*, 16 avril 1927).
- CHOSSON et CASALTA. — Etude des effets anatomiques de la diathermo-coagulation dans les métrites cervicales chroniques (*Gyn. et Obst.*, 1934).
- CORDIER Suzanne. — Contribution à l'étude du traitement de la métrite cervicale par le Filhos (*Thèse de Paris* 1925).
- COUVELAIRE. — Résultats du traitement de la métrite chronique avec le caustique au Filhos (*Bulletin Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1924).
- DALÉAS. — La guérison des métrites chroniques par le Filhos (*Toulouse Médical*, juin 1929).
- DAUSSET, CHENILLEAU et TEDESCO. — Le traitement des métrites du col par la diathermo-coagulation (*Paris Médical*, octobre 1927).
- DESNOYERS et FISCH. — Les lésions du col de l'utérus qui précèdent la rigidité secondaire (*Gynéc.* 1923).
- DOUAY. — Endocervicite (*Gyn. et Obs.* 1921, p. 134).
- DUBAIL. — Influence du traitement par le Filhos sur la grossesse et l'accouchement (*Progrès Médical*, janvier 1926).
- DUTHEIL. — *Thèse de Paris* 1936.
- FAYOT M^{le}. — Du traitement des métrites du col par l'acide picrique associé au rouge d'acridine (*Soc. Franç. de Gyn.* 27 janv. 1933).
- FLANDRIN et SCHILL. — Traitement des métrites cervicales par la haute fréquence.

FOIX. — Traitement des métrites par le néophilos
(*Trav. méd. du Centre de Tours* 1924).

GUILLAUME Louis. — Le traitement des métrites cervicales (*Arch. médic. chirur. de province*, Tours, 1926).

GUILLEMIN. — Thèse de Paris 1920. Résultats du traitement des métrites cervicales chroniques par les caustiques de Filhos (*Soc. d'Obst.* Séance du 12 mai 1924).

— (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratique* 1923, 10 juillet).

— (*La Médecine* 1927, page 528).

GROSSE. — (*Société de Gynéc. et d'Obst.* 11 juin 1923).

HAMANT. — Traitement des métrites chroniques par diathermo-coagulation (*Bulletin d'Obst. et Gynécol.* 1934, page 264).

HARTMANN. — Amputation autoplastique du col (*Gyn. et Obstét.* 1922).

KLEIN Eugène. — Contribution du traitement de l'endocervicite chronique par la pâte escharotique de Filhos (*Thèse de Paris* 1929).

LE RESTE. — Des indications respectives des cautérisations au caustique de Filhos et de l'amputation du col dans les métrites cervicales (*Thèse de Bordeaux* 1932).

MARCEL. — *Bulletin Mém. Soc. Méd.* 12 janvier 1934.

— *Société franç. de Gynéc.* 19 déc. 1932.

MARCEL, DOUAY, POUILLOT. — *Soc. franç. Gynéc.* juin 1934.

MAURY-KARCHER M^{lle}. — *Thèse de Paris* 1933.

MUZARD. — Des cautérisations du col avec le caustique de Filhos dans leurs rapports avec la gestation et l'accouchement (*Thèse de Paris* 1923).

POUILLOT. — Notes pratiques sur le traitement des métrites du col par le caustique de Filhos (*La Clinique*, juillet 1927, page 307).

— Le Filhos inoffensif (*Revue française de Gynéc. et d'Obst.*, juillet 1929).

— Le traitement sans danger des métrites du col par le Filhos. (*La Médec. Internationale Illust.* nov. 1931, page 408).

ROUCAYROL. — La diathermie en gynécologie (1^{er} Cong. Société franç. de Gynéc. Paris 1932).

RICHELOT. — *La Gynécologie*, 1904.

SIREDEY. — La métrite blennorragique (*La Gynéc.*, décembre 1926).

VAYSSIÈRE. — Deux cas de dystocie cervicale après application de Filhos (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn.* 22 : 200-203, février 1933).

VERMELIN. — Lenteur de dilatation consécutive à l'emploi de caustique de Filhos (*Bull. Soc. d'Obst. de Paris* 1926, p. 512).

VIGNAL. — La diathermothérapie en gynécologie (*Journal Médical français*, avril 1927).

